

ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขุนหาญ

พ.ศ. ๒๕๖๐ -๒๕๖๔

วิสัยทัศน์ (vision)

วิสัยทัศน์กองการพยาบาล

การบริการพยาบาลมีคุณภาพเป็นเลิศ บุคลากรมีความสุข
บนวิถีแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน



วิสัยทัศน์โรงพยาบาลขุนหาญ

โรงพยาบาลขุนหาญนำอยู่ บริการดี มีคุณภาพ
ชุมชนมีส่วนร่วมและไว้วางใจ ผู้ให้บริการสุขภาพดี มีความสุข



วิสัยทัศน์กลุ่มงานการพยาบาล

องค์กรพยาบาล บริการดุจญาติมิตร มีคุณภาพ ประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข

พันธกิจ(Mission)

๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยยึดหลัก ๕ ส.
๒. จัดระบบบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
๓. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ คู่มือทางการพยาบาล ปรับปรุงและพัฒนาทางด้านคุณภาพการพยาบาล
๔. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน
๕. ส่งเสริมสนับสนุนคุณธรรม จริยธรรมและคุณค่าแห่งวิชาชีพมาพัฒนาพฤติกรรมบริการให้เป็นที่ประทับใจแก่ผู้มารับบริการและเพื่อนร่วมงาน
๖. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ให้ ดี สุข เก่ง)

ค่านิยม (Core values): V - R - H O S - T E A M (พ้องเสียง : วี อาร์ ฮอส ทีม)

V: Visionary Leadership	(นำอย่างมีวิสัยทัศน์)
R: Results & Creating Value	(เน้นผลลัพธ์สร้างคุณค่า)
H: Humanized Care	(บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์)
O: Organization & Personal Learning	(องค์กรการเรียนรู้)
S: Social Responsibility	(รับผิดชอบต่อสังคม)
T: Teamwork & Trust	(การทำงานเป็นทีม และ ความไว้วางใจ)
E: Empowerment & Evidence-based Approach	(เสริมพลัง+ยึดหลักวิชาการ)
A: Agility & Accountability	(คล่องตัว และ ความถูกต้องเชื่อถือได้)
M: Managements by Fact & Managing for Innovation	(ตัดสินใจด้วยข้อเท็จจริง และเน้นนวัตกรรม)

เป้าหมาย

- พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะ สอดคล้องและเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบ
- เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แต่ละระดับรับทราบและเข้าใจในทิศทางการบริหารงานของกลุ่มฯและพัฒนางานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน QA ระดับ ๓ ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการพยาบาล
- หน่วยบริการในกลุ่มงานการพยาบาลมีผลงาน CQI / Best Practice หรือผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี
- หน่วยงานในความรับผิดชอบมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานโดยใช้ผลการวิเคราะห์ภาระงานของแต่ละหน่วยบริการและวิธีการบริหารจัดการอัตรากำลังให้เหมาะสมในแต่ละเวร
- เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักและพร้อมจะให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยตลอดจนการให้บริการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและจริยธรรม
- หน่วยงานในความรับผิดชอบมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
- ทุกหน่วยบริการให้บริการผู้รับบริการที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ และแบบองค์รวมโดยการส่งเสริมให้พยาบาลเข้าร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- มีระบบในการประกันคุณภาพการพยาบาล เช่น การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ตลอดจนการค้นหาข้อบกพร่องที่พบจากการปฏิบัติงาน อย่างเป็นรูปธรรม
- มีระบบสารสนเทศที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพและการบริหารจัดการได้
- เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจในบรรยากาศของการทำงาน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล

- จำนวนอุบัติการณ์การระบุดัวผู้ใช้บริการผิดคน
- จำนวนอุบัติการณ์การรักษาพยาบาลผิดคน

๓. จำนวนอุบัติเหตุ ความผิดพลาดจากการให้ยา
๔. จำนวนอุบัติเหตุการความผิดพลาดจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
๕. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๖. ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๗. อัตราการติดเชื้อในสายสวนปัสสาวะ
๘. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
๙. จำนวนอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
๑๐. จำนวนอุบัติเหตุบาดเจ็บจากการผูกยึด
๑๑. อุบัติการณ์การเสียชีวิตไม่คาดหมาย

ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ

๑. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน
- ๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก
๓. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน (หนึ่ง)
๔. จำนวนข้อร้องเรียนจากพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการแพทย์
๕. ร้อยละของการตอบข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ

ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติ

๑. อุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกมัด
๒. อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
๓. อัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลต่อ 1000 วันนอน
๔. อัตราความถูกต้องของการจำแนกประเภทผู้ป่วยประเภท 3 และ 4
๕. อุบัติการณ์การเสียชีวิตไม่คาดหมาย
๖. อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
๗. ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด
๘. ร้อยละของผู้ป่วยประเภท 3 และ 4 ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนด
๙. ร้อยละการจัดการอาการรบกวน- ปวด ,- ใช้ ,- วิงเวียน

ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

๑. ระยะเวลาการให้บริการผู้ป่วยนอก
๒. ร้อยละของการตามอัตรากำลังเสริมได้ตามมาตรฐานกำหนด

๓.บุคลากรทางการแพทย์ผ่านการประเมิน Functional competency คะแนนผ่าน

๔. บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในงานและบรรยากาศการทำงาน

๕.อัตราการลาออก โอน ย้าย

คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์

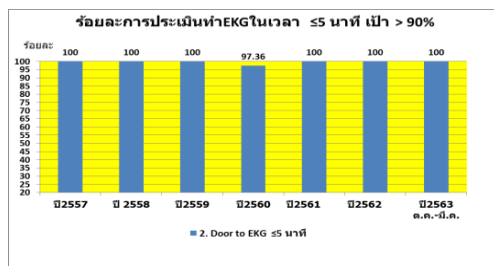
๑.บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในงานและบรรยากาศการทำงาน

๒. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการณของมีคมที่มตำขณะปฏิบัติงาน

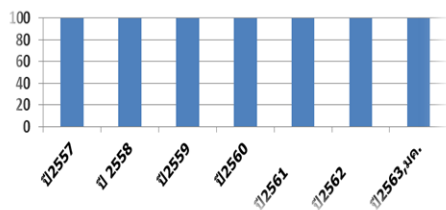
ผลลัพธ์ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ

๑.การดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Acute Myocardial Infaction : AMI

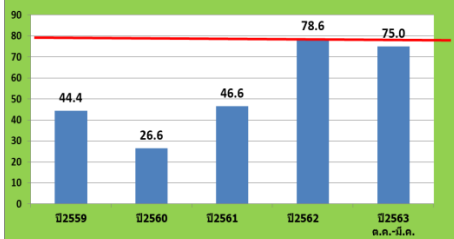
แนวโน้มอัตราการดูแล ผู้ป่วยAMI



ระยะเวลาารกรรรมถึง Refer ภายใน 40 นาที (ในกลุ่มที่ไม่สามารถให้SKได้ในรพ.ขุนนาญ) เป้า ≥90%



ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาSKภายใน 30 นาที เป้า ≥ 80% (Door to needle time)



ผลลัพธ์การดูแลพบว่า อัตราตายปี2557 สูงขึ้น ทบทวนสาเหตุการ

ตายพบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วม DM HT และเป็นSTEMI จึงได้พัฒนา

กระบวนการดูแล การพัฒนาที่เกิดขึ้น ดังนี้

การพัฒนาการEarly detection

การพัฒนาปี2555-2558

-จัดทำป้ายชี้บ่งอาการที่ต้องส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินทันที และ ติด

บอร์ดประชาสัมพันธ์ ณ จุดคัดกรองให้ผู้รับบริการทราบอาการ

ฉุกเฉินที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

-จัดทำแนวทางการซักประวัติ MI

-กำหนดcriteria การทำ EKG และการ refer

-พัฒนาการเข้าถึง ระบบEMS ในกลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้าน Mapping

สร้างข้อตกลง การออกรับEMS

-พัฒนากระบวนการส่งต่อ จัดทำใบ Check list การพยาบาลและ

ยาที่ต้องเตรียมเพิ่มขณะส่งต่อเพื่อให้พยาบาลที่ส่งต่อสามารถใช้ดูแล

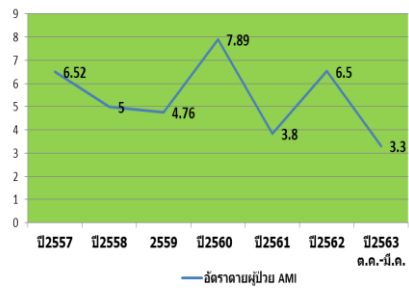
ผู้ป่วยขณะส่งต่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน

-กำหนดให้มีพยาบาลส่งต่ออย่างน้อย 2 คนทุกครั้ง


-พัฒนาอุปกรณ์ในรถrefer ให้มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมและ

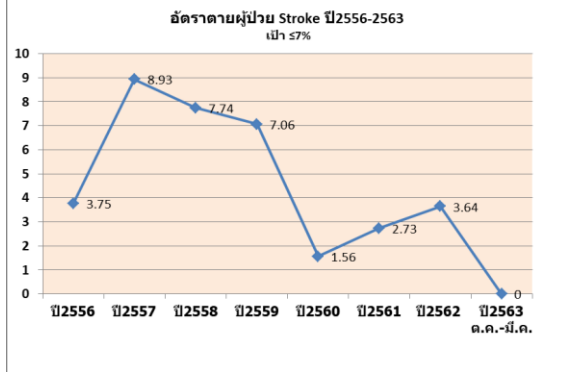
ทันสมัย อุปกรณ์ที่จัดเพิ่มเติมได้แก่ เครื่องDefibrillator Ventilator

NIBP

<p>อัตราตายผู้ป่วย AMI</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราตายผู้ป่วย AMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>6.52</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>4.76</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>7.89</td> </tr> <tr> <td>ปี2561</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td>ปี2562</td> <td>6.5</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>3.3</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	อัตราตายผู้ป่วย AMI	ปี2557	6.52	ปี2558	5	ปี2559	4.76	ปี2560	7.89	ปี2561	3.8	ปี2562	6.5	ปี2563	3.3	<p>ปี2560-ปัจจุบัน</p> <p>-คัดกรองกลุ่มเสี่ยงACSของผู้สูงอายุในชุมชน บูรณาการร่วม อปท. เริ่มปี60-61 (ท.ขุนหาญ/สี/ โนนสูง) ปี62 ขยาย อบต.ไพร และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงACSในDM,HT ร่วม NCD (ปี2562)</p> <p>ปี2562 เพิ่มการเข้าถึงตรวจพิเศษEchocardiogram ที่รวดเร็วในรพ. ขุนหาญ (นัดวันหยุด เดือนละ1ครั้ง)</p> <p><u>ด้านกระบวนการดูแล</u>ในปี2559ถึง -ปัจจุบัน</p> <p>พัฒนาการดูแลให้ยา SK การเตรียมผสมยาSK,การเฝ้าระวังขณะให้ยาSK</p> <p>-ระบบ consult.ผ่านLine Cardiac centerร่วมกับแม่ข่าย</p> <p>-กำหนดมาตรฐาน พยาบาลเฉพาะทางENP เป็นผู้ดูแลเมื่อมี case ให้ยาSK ส่งผลให้ในปี2559-63สามารถให้ยาSK ที่โรงพยาบาลขุนหาญผลการดำเนินงานผู้ป่วยได้รับSK ปี59 -2563 จำนวน50 ราย ระหว่างให้ที่รพ.ขุนหาญ ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดและส่งต่อที่รพ.แม่ข่ายปลอดภัยจำนวน 48ราย เสียชีวิต ระหว่างส่งต่อ 2 ราย อัตราการรอดชีวิตใน case STEMI= 96%</p> <p>-ระบบลงข้อมูลACSของประเทศเริ่มปี62-ปัจจุบัน</p>
ปี	อัตราตายผู้ป่วย AMI																
ปี2557	6.52																
ปี2558	5																
ปี2559	4.76																
ปี2560	7.89																
ปี2561	3.8																
ปี2562	6.5																
ปี2563	3.3																
<p>จากสถิติแนวโน้มการดูแลมีผลลัพธ์แนวทางที่ดีขึ้นส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตอยู่ในค่าต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศ</p>																	

๒.การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง Stroke

<p>อัตราการเข้าถึงผู้ป่วย stroke</p>  <p>อัตราผู้ป่วย stroke ที่เข้าถึงบริการ ทางการแพทย์ภายใน 2.30 ชม. เปรียบเทียบ ปี2557-2563</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>อัตราการตายผู้ป่วยStroke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2557</td> <td>10.3</td> </tr> <tr> <td>ปี2558</td> <td>10.2</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>20.1</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>ปี2561</td> <td>35.2</td> </tr> <tr> <td>ปี2562</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>43.2</td> </tr> </tbody> </table> <p>อัตราการตายผู้ป่วยStroke</p>	ปี	อัตราการตายผู้ป่วยStroke	ปี2557	10.3	ปี2558	10.2	ปี2559	20.1	ปี2560	24	ปี2561	35.2	ปี2562	51	ปี2563	43.2	<p>การดูแลพบประเด็น อัตราตายของผู้ป่วยStroke เพิ่มขึ้น ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมDM HT อายุอยู่ระหว่าง70-82 ปี ได้รับยา ASA warfarin</p> <p>การพัฒนาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ส่งต่อที่รวดเร็ว และในรายที่จำหน่ายกลับบ้านได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง ครอบคลุม ทีมผู้ดูแลมีการพัฒนาดังนี้</p> <p>การพัฒนาระบบเข้าถึงบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาเครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นทะเบียนEMS ครอบคลุม100%(อปท13 แห่ง,สภ ตำรวจ 3 แห่ง รพ.
ปี	อัตราการตายผู้ป่วยStroke																
ปี2557	10.3																
ปี2558	10.2																
ปี2559	20.1																
ปี2560	24																
ปี2561	35.2																
ปี2562	51																
ปี2563	43.2																

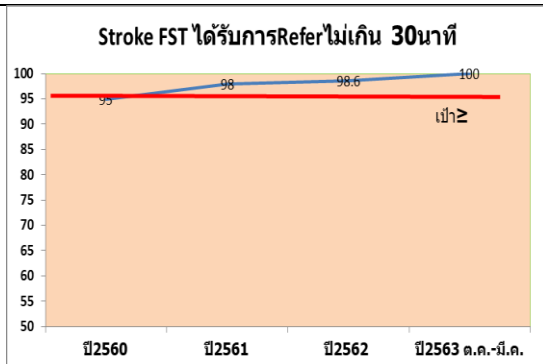


สต. 17 แห่ง)

- ประสานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้เครือข่ายรพ.สต.รับรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่สามารถประสานและออกรับEMSได้อย่างรวดเร็ว
- ให้ความรู้เรื่อง Stroke alert ที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ใน NCD clinic และ แจกเอกสาร
- ประชาสัมพันธ์บริการรถฉุกเฉิน 1669

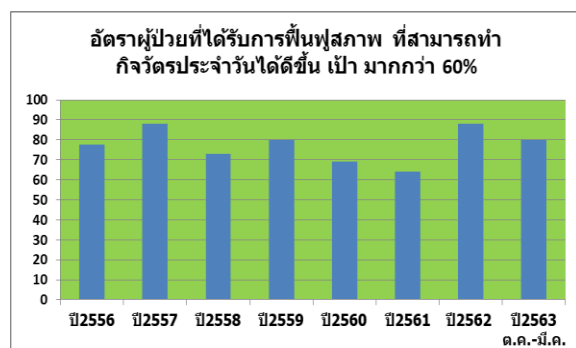
พัฒนากระบวนการดูแล

- จัดทำ CPG แนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke
- จัดโครงการอบรมและให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ตรงกันในเรื่องการประเมินผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้ FAST
- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke ทุกรายรวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
- พัฒนาคณะ Stroke fast tract อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ. ศรีสะเกษ



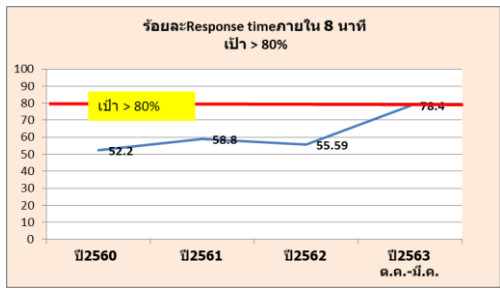
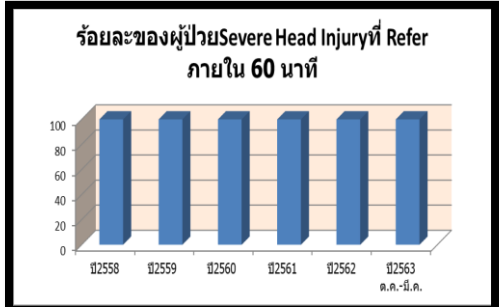
พัฒนาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (มีทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3 ทีม)

- ทีมกายภาพบำบัดขึ้นทะเบียนผู้ป่วยStroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูทั้งหมด และออกเยี่ยมให้บริการฟื้นฟูสภาพ เชื่อมโยงและบูรณาการกับงานแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุม
- ในกลุ่มติดเตียงที่พบปัญหาในการดูแล มีพยาบาล Home ward ออกติดตามเยี่ยมทุกวัน จันทร์ พุธ และ ศุกร์และส่งต่อให้ทีม HHC ออกเยี่ยมต่อเนื่องเป็นรายกรณี
- งานแพทย์แผนไทยร่วมกับเทศบาลตำบลขุนหาญ จัดอบรมหลักสูตรการนวดให้กับ อสม.และอาสาสมัครที่ดูแลผู้ป่วยเพิ่มอีกจำนวน 30 คน(เทศบาลสนับสนุนงบประมาณ) ให้ดูแลนวดและฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยStroke ในชุมชน (ค่าจ้างผู้ดูแลใช้งบกองทุนขยะRecycleของ

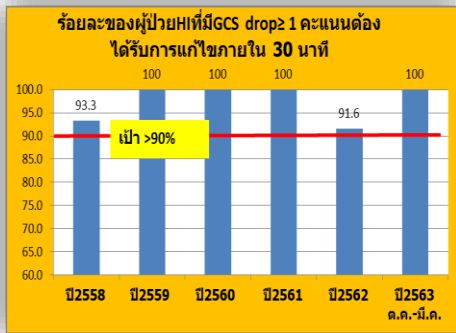


	<p>ชุมชน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมโภชนาการดูแลในการประเมินภาวะโภชนาการ ติดตาม และประเมินสภาพร่างกาย/การรับประทานอาหารของผู้ป่วย <p>ส่งผลให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้วยEMSมากขึ้นเป็นร้อยละ 71.43 การประเมินและส่งต่อที่ERทำได้เป็นร้อยละ100 และการดูแลขณะส่งต่อตามแนวทางที่กำหนดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100</p>
--	--

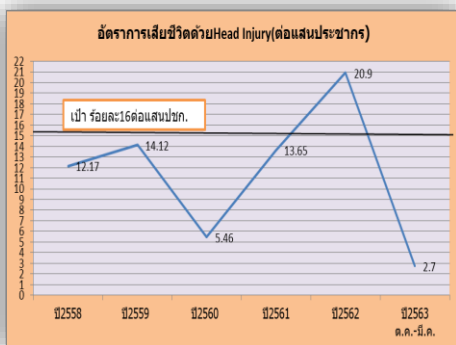
๓.การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ Head Injury

<p>อัตรา Response Timeภายใน 8 นาที ของระบบ EMS</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละResponse timeภายใน 8 นาที เป้า > 80%</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2560</td> <td>52.2</td> </tr> <tr> <td>ปี2561</td> <td>58.8</td> </tr> <tr> <td>ปี2562</td> <td>55.59</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>78.4</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	ปี2560	52.2	ปี2561	58.8	ปี2562	55.59	ปี2563	78.4	<p>เป้าหมาย ผลลัพธ์การดูแลพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยHead Injury ลดลง</p> <p>การพัฒนาที่เกิดขึ้น</p> <p>การเข้าถึงบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอาการภาวะฉุกเฉิน - รถEMS สามารถถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาที - มีช่องทางด่วน (Fast Track) ที่ ERเพื่อให้ไว้ใน การตอบสนองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย Head injury <p>การคัดกรองและประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบให้มีแพทย์เวรอยู่ประจำ ER - จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลักสูตร FR BLS ACLS ATLS ให้บุคลากรสามารถคัดกรองและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตั้งแต่จุดเกิดเหตุและจัดทำContext Based Learning โดยใช้ รพ.เป็นฐานในการเรียนรู้ ทั้งหน่วย กู้ชีพ FR และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทำให้การดูแล ณ จุดเกิดเหตุถูกต้องได้มาตรฐาน - ประเมิน Glasgow Coma Score (GCS) ในผู้ป่วย 				
ปี	ร้อยละ														
ปี2560	52.2														
ปี2561	58.8														
ปี2562	55.59														
ปี2563	78.4														
<p>อัตราการRefer ใน60นาทีในPt Sever headinjury</p>  <table border="1"> <caption>ร้อยละของผู้ป่วยSevere Head Injuryที่ Refer ภายใน 60 นาที</caption> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี2558</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี2559</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี2560</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี2561</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี2562</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>ปี2563</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	ร้อยละ	ปี2558	100	ปี2559	100	ปี2560	100	ปี2561	100	ปี2562	100	ปี2563	100	
ปี	ร้อยละ														
ปี2558	100														
ปี2559	100														
ปี2560	100														
ปี2561	100														
ปี2562	100														
ปี2563	100														

อัตราการดูแลผู้ป่วย HI ที่มี GCS Drop 1 คะแนน
ได้รับการ refer ใน 30 นาที



อัตราการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ปี 2562 สูง



Head injury ทุกราย

การตรวจวินิจฉัย

- มีระบบ การเข้าถึง Fast track CT ข้อตกลงร่วมกับ รพ.แม่ข่าย มีการประสานก่อนส่งต่อทุกรายโดยผ่านระบบ E-refer รพ.แม่ข่าย สามารถดูข้อมูลและทำบัตรตรวจไว้รอและสามารถส่งตรวจ CT scan และอ่านผลได้ ภายใน 30 นาที

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

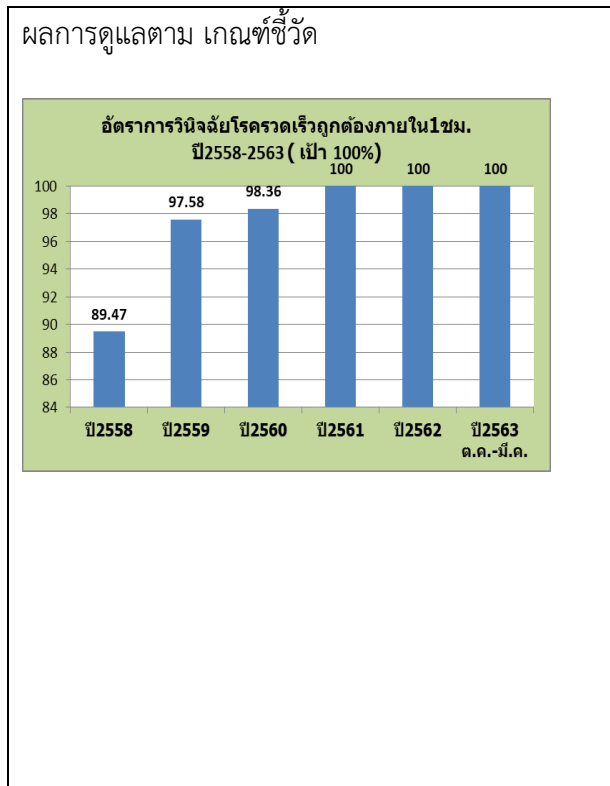
- ทบทวนและปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วย Head injury ให้ Update ตามหลัก ATLS และ CPG ของเขตบริการที่พัฒนาขึ้น
- ผู้ป่วย Head injury ที่มี GCS drop ≥ 2 คะแนนต้องได้รับการแก้ไขภายใน 30 นาที
- ผู้ป่วย Head injury ที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการ Refer ภายใน 60 นาที (พร้อมแพทย์เขียนใบ Request CT brain + ใบ Refer ทุกราย)
- ปรับแนวทางการส่งต่อทั้งเครือข่ายเขต 10 โดยรพ.ขุนหาญ อยู่ระหว่างรอยต่อ รพ.ศูนย์ สรรพสิทธิประสงค์ กรณี case Sever HI ข้อตกลงให้ Refer ไปที่รพ.สรรพสิทธิประสงค์ได้เลยโดยไม่ต้อง Refer ไปยังโรงพยาบาลศรีสะเกษซึ่งสามารถลดระยะเวลา 2 ชม. เหลือ 1 ชม. และมีระบบการประสานโรงพยาบาลปลายทางก่อนส่งต่อผู้ป่วยทุกราย

การดำเนินการเพื่อลดโอกาสเกิดและลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุ

- สำรวจจุดเสี่ยงและคืนข้อมูลให้กับ อปท.เจ้าของพื้นที่ได้ดำเนินการแก้ไข เช่น การมีป้ายเตือน ความสว่าง และการทำลูกระนาดเพื่อให้ระวังและลดความเร็ว
- รณรงค์การสวมหมวกและเข็มขัดนิรภัยร่วมกับภาคีเครือข่าย

จากการพัฒนาส่งผลให้ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยSevere Head Injury ได้รับการดูแลและส่ง ต่อภายใน 60 ที่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 100 และ Response time ภายใน8 นาที ทำได้ร้อยละ 78.2 ซึ่งต่ำกว่า ค่าเป้าหมายกำหนดไว้คือร้อยละ80

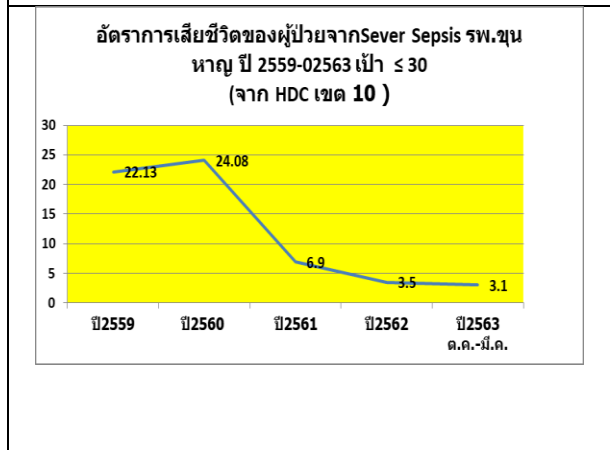
๔.การดูแลผู้ป่วย Sepsis



สถานการณ์ พบอัตราการ Refer septic Shock สูง ปี 2559-2562 จำนวน 35,43,23,48 ตามลำดับและอัตรา เสียชีวิตมีแนวโน้มสูง เป้าหมายผลลัพธ์การดูแล อัตราการ เสียชีวิตด้วย Sepsis ลดลง

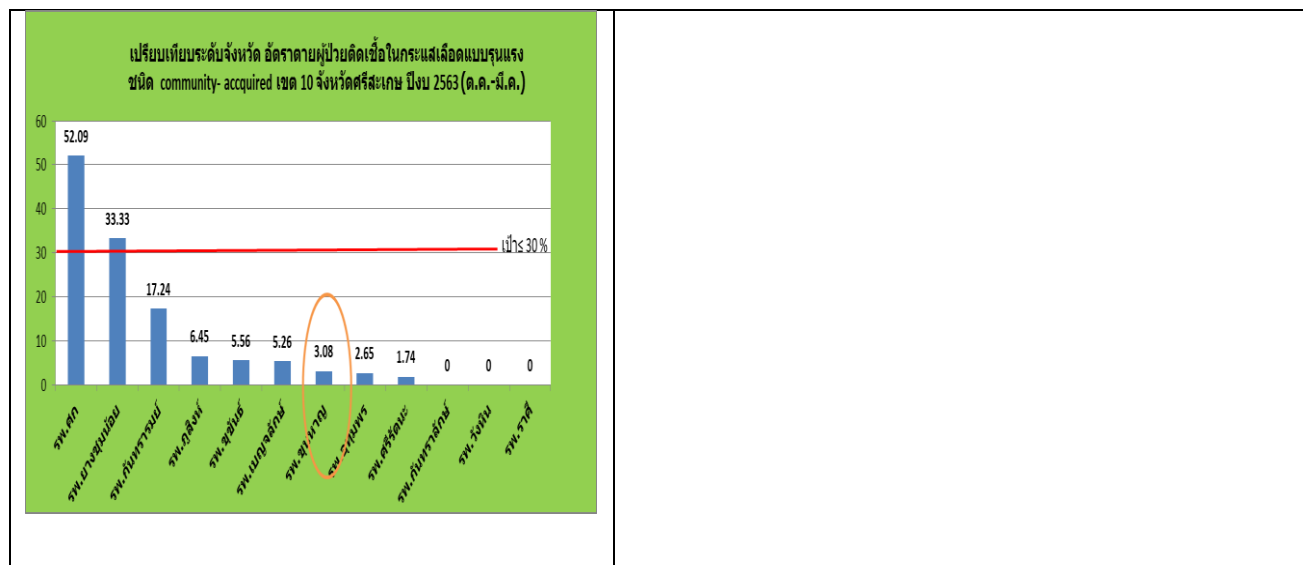
ประเด็นพัฒนา
 เพิ่มความรวดเร็วในการคัดกรอง การวินิจฉัยและ การรักษา กระบวนการพัฒนา

- ทบทวนCPGและCNPg Sepsis สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ปรับ Sirs Alert และ SOS score all in one เพื่อ Early detection ผู้ป่วยได้รวดเร็ว



- ออกแบบการลงข้อมูลเพื่อใช้ในการสื่อสารและการRecord
- กำหนดข้อตกลงการคัดกรองทั้งOPD&ER
- กำหนดให้ATBที่ ER ก่อน admitเข้าward ให้ได้ATB ใน 1ชม.

จากการปรับระบบการดูแลส่งผลในอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี2559- ปัจจุบัน และเปรียบเทียบกับระดับจังหวัดพบอัตราการเสียชีวิต อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ



ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563	2564 ตค.- มค.
๑. ร้อยละแผนงานโครงการขององค์กรพยาบาล บรรลุตามเป้าหมาย	80	80	75	76.92	12.5
๒. ร้อยละ KPI ตามกลยุทธ์ขององค์กรพยาบาล บรรลุเป้าหมาย	80	80	80	85	36
๓. ร้อยละหน่วยงานมีผลผลิตทางการพยาบาล (Nursing Productivity) ตามเป้าหมาย	90	189.25	114.11	105.32	98.29
๔. อัตราครองเตียง	> 80	75.85	78.28	75.99	80.51
๕. LOS	3 วัน	3.14	2.76	2.70	2.67
๖. อัตราความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาล	80	87.15	88.15	78.15	ยังไม่ ครบรอบ ประเมิน
๗. คุณภาพการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	100	100	100	100	ยังไม่ ครบรอบ ประเมิน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์/ เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
		2561	2562	2563	2564 ตค.- มค.
๘. จำนวนข้อร้องเรียนจากพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล	0				
๙. ร้อยละของการตอบข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ					